Aus der Frauenklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Franz)

DER KAISERSCHNITT

BEI PLACENTA PRAEVIA UND SEINE BEDEUTUNG GEGENÜBER DEN KONSERVATIVEN BEHANDLUNGSMETHODEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

vorgelegt von

Arthur Grünfeld

aus Berlin.

Tag der Promotion:

25. November 1926

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Franz

Dekan: ~~Geh. Med.-Rat~~ Prof. Dr. Lubarsch

Arndt

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Auszug.

Die Arbeit ist vorwiegend eine statistisch-casuistische. Sie betrachtet das Material der Universitäts-Frauenklinik der Charité aus den Jahren 1910 bis 1924: 253 Placenta praevia-Fälle unter 28265 Geburten. Auf rund 112 Geburten entfällt also eine mit vorliegendem Mutterkuchen. Diese Zahl entspricht einer nur an wenigen Kliniken beobachteten Häufigkeit von 0,89%.

Das Ziel der Untersuchung läuft darauf hinaus, zu prüfen, ob der Kaiserschnitt, der vor einigen Jahren in die Therapie der Placenta praevia eingereiht wurde, den alten Entbindungsverfahren überlegen ist. Letztere: die Wendung nach Braxton-Hicks, die Metreuryse, die Blasensprengung werden in ihrer Wirkungsweise geschildert. Nach Erläuterung der pathologisch-physiologischen Veränderungen und Geburtsvorgänge bei tiefsitzendem Mutterkuchen wird die Unzulänglichkeit der konservativen Methoden zu erklären versucht. Bei der Placenta praevia ist in der Hauptsache die Verblutungs- und die Infektionsgefahr zu überwinden. Die konservativen Verfahren können zwar in den meisten Fällen die Blutungen ante u intra partum stillen, nach der Geburt des Kindes hört aber ihre Wirkung automatisch auf. Man muss also zu weiteren Mitteln greifen, um die bei Heterotopie der Placenta so häufig auftretenden, lebensbedrohenden Blutungen der Nachgeburtsperiode zu bekämpfen. Die alten Entbindungsmethoden wirken also rein symptomatisch. Ferner steigern sie die Infektionsmöglichkeiten; durch das wiederholte Eingehen der Hand des Geburtshelfers in die Gebärmutter werden sehr leicht pathogene Keime vermittels der nahe gelegenen Placenta in die Blutbahn verschleppt. Eine zusammenfassende Uebersicht über die Sterblichkeitsziffern dient als Grundlage der Betrachtung. Die konservativen Behandlungsarten kamen in der Franz'schen Klinik in 229 Fällen, grösstenteils in Kombinationen, zur Anwendung. Für die Statistik wurden die Kinder in 4 Gruppen eingeteilt, wobei ihre Länge als Masstab zugrunde gelegt wurde:

1. fehlgeborene: vor der 28. Schwangerschaftswoche, unter 35 cm
2. frühgeborene: 28.—36. „ 35—42 cm
3. annähernd ausgetragene: 36.—38. „ 45—48 cm
4. ausgetragene: im X. Schwangerschaftsmonat, über 48 cm

Die Wendung nach Braxton-Hicks, die grösstenteils nach vorheriger Blasensprengung oder Metreuryse ausgeführt wurde, ist in der Franz'schen Klinik mit einer mütterlichen Mortalität von 6,9%, mit einer kindlichen von 54,6% belastet. Die Spontangeburten, die nach Ballonbehandlung spontan eintretenden sowie die Metreuryse erzielten insgesamt eine Müttersterblichkeit von 6,8%, eine Kindersterblichkeit von 46,6%. Das Gesamtergebnis der konservativ behandelten Fälle zeigt, dass 7,45% Mütter starben und dass ohne jeden Abzug 59,36%, nach Abrechnung der Fehlgeburten 47,62% Kinder zugrunde gingen. Es wird festgestellt, dass diese Totenziffern ungefähr mit denen anderer grosser Entbindungsanstalten übereinstimmen. Selbst bei einer Verfeinerung der Technik der alten Methoden liessen keine wesentlich besseren Ergebnisse mit ihnen erzielen. Dies wird durch ihre Wirkungsweise und durch das Wesen der Geburtskomplikation bedingt. Dann wird dargelegt, dass der Kaiserschnitt im Gegensatz zu den alten Behandlungsarten der Placenta praevia eine causale und zugleich prophylaktische Therapie darstellt.

Die Hauptwirkung der Sectio beruht darauf, dass sie den natürlichen Geburtskanal umgeht, der ja gerade bei vorliegendem Mutterkuchen die Gefahren verursacht oder die vorhandenen vergrössert.

Die Muskulatur des unteren Uterinsegmentes, die durch die pathologische Plazentation in ihrem Bau stark geschädigt worden ist, wird durch Ueberdehnung bei der Ausstossung des Kindes in ihrer Kontraktions- und Retraktionskraft dermassen beeinträchtigt, dass sie die durch Ablösung der Placenta eröffneten Blutgefässe nicht mehr zum Verschluss bringen kann. Der Kaiserschnitt schaltet, wenn er rechtzeitig in Angriff genommen wird, die hierdurch entstandene Verblutungsgefahr aus. Die Schnittentbindung als solche ist überhaupt das am meisten Blut sparende Verfahren. — Die Vor- und Nachteile der chirurgischen und der konservativen Entbindungsmethoden werden einander gegenübergestellt. Aus dem Vergleich ihrer Wirkungsweise und zahlenmässigen Ergebnisse ergibt sich die Folgerung, dass die Schnittentbindung den übrigen Verfahren bei vorliegendem Mutterkuchen vorzuziehen ist. Denn die Sammelstatistik der Sectio bei Placenta praevia verzeichnet für die Anfangszeit ihrer Anwendung 3%,

für die letzten Jahre nur 1,5% mütterliche Mortalität, während letztere bei den konservativen Verfahren 7-8% beträgt. Die Kindersterblichkeit wird durch die chirurgische Entbindung ebenfalls bedeutend herabgesetzt.

Der besonders von der Franz'schen Schule stark betonte Grundsatz, dass bei Placenta praevia fast ausschliesslich im Interesse der Mutter chirurgisch vorgegangen wird, kommt zum Ausdruck. Darauf werden die Grenzen der Anzeigestellung und Wirksamkeit der Schnittentbindung gezeichnet. Es muss sich um einen „reinen" Fall handeln, d. h. die Frau darf kein Fieber oder ein anderes infektionsverdächtiges Syndrom zeigen: der Muttermund darf bei Vornahme der Operation nur drei- allermeist fünfmarkstückgross sein. In einem noch weiter vorgerückten Geburtsstadium ist die Schnittentbindung unzweckmässig, da dann die folgenschwere Ueberdehnung des unteren Gebärmutterabschnittes schon eingetreten ist. Die einzelnen Arten des Kaiserschnittes werden gewürdigt; der Sectio transperitonealis cervicalis wird der Vorrang gegenüber den anderen Schnittverfahren eingeräumt. Sie ist einfacher und schneller auszuführen als der extraperitoneale Kaiserschnitt. Die unmittelbaren Ergebnisse beider Operationen sind die gleichen, während die Spätresultate bei der intraperitonealen Methode günstiger ausfallen. Der vaginale Kaiserschnitt wird für Placenta praevia wegen seiner unzweckmässigen und schlechten Wirkungsweise, die auch aus den hohen Sterblichkeitsziffern für die Mütter hervorgeht, abgelehnt. Der in der Franz'schen Klinik grundsätzlich angewandte transperitoneale Kaiserschnitt ist es, der auch bei Kreissenden mit vorliegendem Mutterkuchen sehr günstige Erfahrungen gezeitigt hat. Die 23 (von 1910 bis 1924) hiermit entbundenen Frauen konnten alle gesund aus der Klinik entlassen werden. Von den Kindern starben 5, darunter waren 3 schon vor der Operation nicht mehr am Leben, 2 gehörten zu den frühgeborenen. Die guten Erfolge der Franz'schen Klinik zeigen im Verein mit den günstigen Ergebnissen anderer Entbindungsanstalten, dass die Schnittentbindung die Lebensaussichten der Mütter und auch der Kinder bedeutend verbessert. So ist der Kaiserschnitt das ideale Entbindungsverfahren in der klinischen Geburtshilfe der Placenta praevia geworden.